UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1952 N° 204

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA LITHIASE DU CHOLÉDOQUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1952

PAR

Emmanuel ANAWIS

MEMBRES DU JURY.... MM. GRIMOUD — *Président*; LAZORTHES, RIEUNAU — *Assesseurs*; DIEULAFÉ, POULHÈS — *Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE DU SUD-OUEST
1, rue Tripière
—
1952

CONTRIBUTION A L'ETUDE du TRAITEMENT CHIRURGICAL de la LITHIASE du CHOLEDOQUE

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1952 N° 204

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA LITHIASE DU CHOLÉDOQUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1952

PAR

Emmanuel ANAWIS

MEMBRES DU JURY....

MM. GRIMOUD	*Président*	
LAZORTHES RIEUNAU	*Assesseurs*	
DIEULAFÉ		
POULHÈS	*Suppléant*	

TOULOUSE
IMPRIMERIE DU SUD-OUEST
1, rue Tripière

1952

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM. LEFEBVRE.
ASSESSEUR	SOREL.
DOYENS HONORAIRES	GORSE, CALVET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RISPAL. LAFFORGUE. — MM. MÉRIEL. SERR. — MM. RIBAUT. CLERMONT. — MM. GARIPUY. VALLOIS.

PROFESSEURS

	MM.
Clinique de neurologie et de psychiatrie	RISER.
Clinique médicale	TAPIE (J.), ROQUES.
Clinique obstétricale	GUILHEM.
Physiologie	SOULA.
Clinique chirurgicale et du Cancer	DUCUING.
Physique biologique et médicale	BUGNARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA.
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER.
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL.
Clinique chirurgicale et gynécologie	LEFEBVRE.
Anatomie	LAZORTHES.
Histoire naturelle	DELAS.
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.).
Pharmacie	CAUJOLLE.
Pathologie interne et Clinique des Maladies de la Tuberculose	MOREL.
Bactériologie, hygiène, médecine sociale	ANDRIEU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE.
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.).
Matière médicale	VINCENT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MÉRIEL.
Anatomie pathologique	FABRE (J.).
Clinique O. R. L. et de chirurgie maxillo-faciale	CALVET.
Clinique ophtalmologique	CALMETTES.
Chimie biologique	VALDIGUIÉ (P.).
Médecine légale et du Travail	PLANQUES.
Histologie et Embryologie	BROUSSY.
Médecine Sociale	BOUNHOURE.
Thérapeutique	GADRAT,
Pathologie chirurgicale	GRIMOUD,
Clinique odonto-stomatologique	CADENAT.
Professeur à titre personnel	BAISSET.
Chimie pharmaceutique	BLANC.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	COULOUMA.

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie	POULHÈS,
Histologie	BIMES,
Sciences naturelles	BOUISSET.
Bactériologie	Mme ENJALBERT.
Chimie biologique	POLONOVSKI.
Physique Médicale	AUVERGNAT.
Pharmacie	COUTURIER.
Botanique	Mme DULUCQ-MATHOU.
Chimie	RACINE (Ch. de f.).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Médecine	DARNAUD, BAUDOT. LAPORTE (J.).
Chirurgie	GÉRAUD, DARDENNE, RIEUNAU, DIEULAFÉ, DAMBRIN (P.).
Ophtalmologie	DEODATI.
Physique médicale	MARQUÈS.
Obstétrique	PONTONNIER,
Oto-Rhino-Laryngol	CLAUX.
Urologie	LHEZ.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GUILHEM.
Chimie biologique	DOUSTE-BLAZY.
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT.
Dermatologie et Syphiligraphie	BAZEX.
Législation pharmaceutique	BOUISSET.
Clinique de la Tuberculose	MOREL (L.)
Chirurgie Pulmonaire	DAMBRIN (P.).
Parasitologie	BAUDOT.
Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU.
Hydrologie et géologie	ASTRE.
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS.
Pharmacodynamie médecine	BAISSET.
Pharmacodynamie pharmacie	CAUJOLLE.
Hygiène	LAPORTE.
Urologie	LHEZ.
Ophtalmologie	DEODATI.
Neuro-chirurgie	LAZORTHES.
Mycologie	MORQUER.
Psychiâtrie	GAYRAL.
Physiologie	LAPORTE (Y.).
Histologie	PLANEL.
Secrétaire de la Faculté	ARGILAS.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891.)

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. GRIMOUD

Professeur de Pathologie Chirurgicale à la Faculté,
Chirurgien des Hôpitaux.

Qui nous a fait le grand honneur de présider cette thèse. Il nous en a inspiré le sujet et nous a dirigé dans son élaboration. Nous le remercions tout particulièrement pour l'aide précieuse qu'il nous a fournie. Nous le prions de trouver ici le témoignage de notre vive reconnaissance.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY :

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAZORTHES

Professeur d'Anatomie à la Faculté,
Neuro-Chirurgien.

Je conserverai toujours le souvenir enthousiaste de mon séjour dans son service.

Il m'a servi de guide et ne m'a jamais refusé son concours.

J'ai l'agréable devoir de le remercier ici pour son aide qui me permet de continuer mes études aux Etats-Unis.

Hommage très respectueux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIEUNAU

Professeur Agrégé à la Faculté,
Chirurgien des Hôpitaux.

Qui nous a instruit et conseillé avec beaucoup de bienveillance durant nos études.

Sentiment de profonde gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFÉ

Professeur Agrégé à la Faculté.

En témoignage de reconnaissance pour les précieux conseils qu'il n'a cessé de nous donner durant nos études.

MONSIEUR LE PROFESSEUR POULHÈS

Professeur Agrégé à la Faculté.

Témoignage de profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de juger notre thèse.

MONSIEUR LE DOCTEUR J. LAPEYRÈRE

Assistant des Hôpitaux.

Dont le dévouement et la méthode me serviront d'exemple pour me guider dans la branche que j'ai tant aimée. En souvenir inoubliable de longues soirées laborieuses pour collaborer à l'élaboration de notre thèse et pour lui fournir un témoignage sincère de ma profonde reconnaissance et de ma meilleure amitié.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de ma reconnaissance et de ma tendresse pour les grands sacrifices qu'ils ont fait pour moi durant mes études.

A MON BEAU-FRÈRE,

LE DOCTEUR PAUL SLAVAYKOFF

En témoignage de gratitude pour ses sacrifices et pour m'avoir appris à apprécier et à aimer la médecine.

A MA SŒUR, SAMIA KIRIAKOS ANAWIS

Je lui offre ici mes sentiments de reconnaissance pour son esprit de sacrifice et pour sa tendresse

A MES FRÈRES ET SŒURS

En témoignage de mon amour fraternel.

A TOUS MES AMIS

INTRODUCTION

La discussion ouverte à l'Académie de Chirurgie au cours des années 1943 à 1946, a montré que le traitement de la lithiase du cholédoque ne pouvait pas être ramené à une ligne de conduite unanimement suivie.

Soupault et Mallet-Guy, proposant de terminer la cholédocotomie par une anastomose de la brèche cholédocienne et du duodénum à la façon des chirurgiens de langue allemande : Sasse, Finsterer, Flœrcken, etc..., provoquèrent une véritable levée de boucliers de la part de d'Allaines, Patel et Seyer, de Sénèque et Roux, de Brocq et Poilleux, de Desplas, de J. Gosset, partisans convaincus et fidèles de la vieille opération de Kehr : cholédocotomie terminée par la mise en place d'un drain en T.

De ces discussions, toujours vives et parfois passionnées, sur la meilleure façon de terminer une cholédocotomie, aucune conclusion ferme ne ressortit, si ce n'est qu'il convenait d'attendre, et de reprendre l'étude de ce problème après avoir réuni de nouveaux documents permettant de comparer ces deux types d'opérations.

Les interventions comportant l'ablation des calculs cholédociens suivies de suture de la voie principale, méthode jusque là considérée comme dangereuse, devaient, par ailleurs, retrouver des

indications, grâce à des conditions meilleures de diagnostic, permettant une thérapeutique plus précoce, grâce aussi à l'appoint de la thérapeutique antibiotique.

Ainsi, la « cholédocotomie idéale » a pris rang parmi les ressources utilisables dans le traitement de la lithiase du cholédoque.

Enfin, les renseignements précieux fournis en cours d'opération, par le double contrôle manométrique et radiographique, a permis de détecter et de localiser de façon précise de petits calculs, enclavés dans le cholédoque terminal, dont l'ablation est réalisable par voie papillaire, après une duodénotomie qui est suturée en fin d'intervention.

La gamme des méthodes thérapeutiques utilisables pour la lithiase du cholédoque s'est donc élargie et l'on dispose :

— de la cholédocotomie suivie d'un drainage en T de la voie principale;

— de la cholédocotomie terminée par l'anastomose cholédoco-duodénale;

— enfin, de ce que l'on peut appeler les « opérations idéales »: la cholédocotomie terminée par suture du cholédoque après évacuation de son contenu calculeux, et la duodénotomie, terminée par suture idéale du duodénum, après l'extraction des calculs par la voie papillaire.

Notre désir n'est pas de discuter ici l'opportunité de la cholécystectomie complémentaire, estimant que celle-ci s'impose sans discussion possible. Il faut remarquer, d'ailleurs, que dans un certain nombre de cas, ce problème ne se pose même pas, puisqu'il

s'agit de lithiase cholédocienne résiduelle, chez des sujets déjà cholécystectomisés.

On peut s'étonner que certains chirurgiens restent résolument partisans de tel ou tel type d'opération, pratiquant, par exemple, « l'hépaticus drainage de Kehr », ou la cholédocoduodénostomie à l'exclusion de toute autre méthode.

Nous croyons que dans l'état actuel des procédés de diagnostic per-opératoire et des techniques opératoires, il convient d'adopter une attitude moins intransigeante, et d'accorder des indications à chacune des méthodes.

Dix-huit observations récentes de lithiase cholédocienne servent de base à ce travail. Elles émanent soit du service de Clinique Chirurgicale et du Cancer (P[r] Ducuing), soit de la pratique privée de M. le Professeur Grimoud.

Il est possible, par la confrontation de ces observations, et bien qu'il s'agisse d'une expérience modeste, de discuter le problème des indications respectives des trois types d'opérations utilisables, en soulignant dès maintenant que, selon nous, il faut tendre aux opérations idéales, les conditions qui autorisent leur réalisation nous paraissant devoir être remplies, dans l'avenir, de façon de plus en plus fréquente. Nous nous sommes volontairement abstenu de longues recherches bibliographiques, que nous avons limitées aux publications françaises les plus récentes.

Notre exposé portera successivement sur les points suivants :

CHAPITRE PREMIER

MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES

A) Principes.

B) Moyens thérapeutiques :

1. *L'ablation des calculs :*

   a) Voie cholédocienne;

   b) Voie duodénale;

   c) Voie combinée.

2. *Après l'ablation des calculs :*

   a) Drainage de la voie principale

   — transcystique,

   — drain en T (type Kehr ou type Champeau);

   b) Anastomose cholédoco-duodénale dite « d'indication relative »;

   c) Opération idéale

   — cholédocotomie idéale,

   — duodénotomie idéale.

C) Critiques des moyens.

CHAPITRE II

INDICATIONS

A) Choix de la voie d'extraction des calculs :

— de la voie cholédocienne,

— de la voie duodénale,

— de la voie combinée.

B) Choix d'une technique après extraction des calculs :

— Indications des « opérations idéales ».

— Indications de l'anastomose cholédoco-duodénale.

— Indications du drainage de la voie principale.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS ET RÉSULTATS

CONCLUSION

CHAPITRE PREMIER

LES MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES

A) Les principes.

Il existe un fait essentiel, un geste impérieux, non discuté, c'est la nécessité d'enlever le calcul responsable de l'obstruction biliaire, de la cholédocite par œdème pariétal et de l'ictère.

Mais il reste aussi des points discutables et, une fois le calcul cholédocien enlevé, plusieurs problèmes se posent au chirurgien. L'un est facile à résoudre, c'est celui de la cholécystectomie complémentaire; elle est habituellement pratiquée, car la lithiase vésiculaire est la règle, et la première en date. Quelquefois, le canal cystique est dilaté et peut être utilisé pour drainer la voie principale. L'autre problème en discussion reste délicat. C'est celui du traitement de la brèche cholédocienne. Il soulève la confrontation des trois éventualités possibles : la suture cholédocienne, la dérivation externe, la dérivation interne. Nous en reprendrons l'étude plus loin.

B) Les moyens.

1. *L'ablation des calculs.*

Elle est, sans aucun doute, le geste primordial, qui peut être effectué de diverses façons. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit de malades déprimés exigeant

une bonne préparation pré-opératoire, une anesthésie peu offensante et une réanimation parfaite. Mais il n'est pas douteux que la lithiase cholédocienne est souvent dissimulée ou difficile à dépister; aussi, l'abord de la région doit-il être large : l'incision angulaire type Rio-Branco et l'hyperlordose lombaire donnent habituellement toute satisfaction.

Après quoi, la méthode opératoire choisie pour l'ablation des calculs dépendra des résultats de l'exploration chirurgicale. Il est toujours nécessaire de commencer par une exploration complète, clinique et radio-manométrique des voies biliaires. Parfois, la périviscérité sous-hépatique est telle que l'anatomie normale est très remaniée et qu'il est dangereux de chercher d'emblée les éléments du pédicule hépatique. Dans bon nombre de cas, il est facile de repérer l'hiatus de Winslow, et le doigt, insinué en arrière du petit épiploon, palpe le cholédoque et peut le reconnaître, ou guider la ponction préalable. Cette découverte est facile si le malade est maigre, si le cholédoque est dilaté et peu enflammé. En fait, elle est souvent difficile, et la dissection risque aussi de blesser la veine porte ou l'artère hépatique.

Dans tous les cas où le repérage anatomique s'avère incertain, il faut commencer par une cholécystectomie dont la dissection prudente finit toujours par isoler le pédicule cystique, souvent précédé par une dilatation (en bourse de Hartmann) du bassinet; la voie principle est ensuite identifiée et les risques de blessure opératoire sont ainsi minimisés.

L'exploration au doigt permet quelquefois de repérer un calcul libre, mobile dans le cholédoque;

la cholécystectomie effectuée, le canal cystique est repéré par une pince fine et, si nécessaire, après le débridement de celui-ci, le calcul est extrait par expression manuelle, même s'il s'est mobilisé, soit vers le canal hépatique, soit vers le cholédoque. Mais il faut savoir que ces calculs sont habituellement friables, que l'expression les écrase facilement, et l'opérateur risque de laisser dans la voie biliaire des débris englobés de mucus. Enfin, même dans les cas où le calcul extrait est intact, il existe souvent de la boue biliaire et des calculins accumulés au-dessus de l'obstacle, exposant aux mêmes risques de récidives que l'écrasement malencontreux du calcul.

L'ablation du calcul par *voie cholédocienne* est souvent facile, la cholédocotomie prolongeant dans certains cas la lumière du cystique après cholécystectomie. Si le calcul est enclavé dans le cholédoque sus-duodénal, et si la mobilisation expose à l'écrasement, l'extraction est alors pratiquée par cholédocotomie sur le relief du calcul : il est, dès lors, facilement extrait par expression ou par la pince de Desjardins.

Ce temps d'ablation des calculs peut être complété par le lavage au sérum de la voie biliaire, par l'aspiration des débris, du mucus et de la boue biliaire, puis l'explorateur contrôle avec soin la perméabilité vers le haut, dans les canaux hépatiques droit et gauche, et vers le bas, où il doit atteindre le duodénum.

Après quoi, il faut réparer la brèche cholédocienne et placer un trocart dans le moignon cystique

pour effectuer les épreuves de contrôle manométriques et radiologiques.

Dans les cas de calcul cholédocien au niveau du segment intrapancréatique, l'ablation est réalisée de la même façon, si le calcul est mobilisable et peut être refoulé dans le cholédoque sus-duodénal. Mais très souvent, le calcul est très friable ou bloqué dans le cholédoque terminal normalement retréci. Le trocart de Mallet-Guy étant introduit par l'orifice cystique, il faut de toute nécessité recourir à *la voie d'accès duodénale* ouvrant largement le deuxième duodénum par une incision longitudinale. Le doigt explore la face profonde de D2 et cherche souvent avec quelques difficultés, d'abord la saillie de l'ampoule de Vater, ensuite le calcul enclavé dans son voisinage. Le repérage de l'ampoule de Vater est facilité par l'injection du sérum par le trocart cystique. La papille repérée est cathétérisée, tout en évitant de refouler ou de morceler le calcul. Puis l'on pratique soit une dilatation du sphincter d'Oddi à la pince de Halsted (c'est l'opération de Collins), soit une méatotomie (ou cholédocotomie intraduodénale de Mac-Burney), soit une incision du duodénum et du cholédoque terminal (c'est la cholédocotomie transduodénale ou opération de Kocher).

En somme, l'extraction des calculs par la voie duodénale est facilement réalisée, surtout si l'opérateur a pris soin de pratiquer un décollement duodéno-pancréatique qui assure une meilleure exploration et un meilleur contrôle du cholédoque terminal. La toilette du cholédoque est efficacement assurée par l'injection de sérum par le trocart cys-

tique. Les épreuves manométriques et radiologiques habituelles donnent en terminant toutes les garanties de sécurité.

Voilà les deux voies d'accès essentielles utilisées pour l'extraction des calculs du cholédoque, mais les calculs peuvent être méconnus, insoupçonnés, n'avoir jamais entraîné d'ictère, ne pas être tous perceptibles ni au doigt qui palpe ni à la sonde qui explore. C'est le cas des micro-calculs, bloqués au niveau du sphincter d'Oddi. De plus, ils peuvent s'associer à un gros calcul mobile et échapper à une exploration rapide. C'est seulement *par voie combinée*, cholédocienne et duodénale, qu'ils seront repérés et enlevés. Ainsi, s'il reste un petit calcul papillaire, il sera d'abord soupçonné par l'épreuve manométrique montrant une pression résiduelle élevée et grimpante à chaque nouvelle injection. La cholangiographie montrera un cholédoque plus ou moins dilaté et une image lacunaire centrale ou marginale près de la terminaison. L'erreur d'interprétation est facile avec une bulle d'air ou avec une irrégularité provoquée par un petit noyau de pancréatite chronique. Dans ce cas, il est d'emblée évident que si le diagnostic ne peut être nettement affirmé par la radiomanométrie seule, le contrôle de l'ampoule de Vater par duodénotomie s'impose. Après dilatation du sphincter d'Oddi, le lavage de la voie principale par le trocart cystique évacue le calcul responsable et permet de guérir le malade. C'est dire tout l'intérêt de la voie combinée, qui doit nous permettre d'éviter bon nombre de récidives douloureuses ou d'ictères, après cholécystectomie

pour lithiase, ou après extraction d'un gros calcul du cholédoque.

Précisons que la duodénotomie pratiquée par incision longitudinale est suturée tranversalement en deux plans pour ne pas diminuer le calibre de l'intestin.

2. *Après l'ablation des calculs.*

Nous avons précisé les modalités d'ablation du calcul, ses pièges, les précautions permettant de les éviter, et discuté les différentes voies d'accès. Mais dès que le ou les calculs sont enlevés et que la perméabilité de la voie principale est rétablie, l'intervention n'est pas terminée. Il faut discuter la conduite à tenir vis-à-vis du cholédoque, et ici plusieurs problèmes se posent. Faut-il drainer la voie principale, faut-il faire une dérivation interne, ou bien peut-on faire sans risque une opération idéale (c'est-à-dire l'extraction par cholédocotomie ou duodénotomie suivie de suture). En fait, chacune de ces méthodes a ses indications précises, généralement faciles à fixer.

Pour notre part, nous les avons tour à tour utilisées, faisant preuve d'éclectisme dans le choix de ces méthodes.

a) *Le drainage de la voie principale.*

Il est assuré soit par voie transcystique (il suppose la cholécystectomie complémentaire, ce qui est la règle), soit par drain en T, type Kehr ou type Champeau. Ce drainage est souvent indiqué, et nous l'avons utilisé dans cinq cas, notamment quand le

cholédoque est gros, infecté, et que l'examen extemporané de la bile montre l'existence de pus dans les voies biliaires. La dérivation externe de la bile assure un bon drainage de l'angiocholite, mais si la perméabilité du cholédoque terminal est douteuse, surtout s'il s'agit de lithiase à calculs multiples, friables, écrasés, il est évident que l'opérateur a pu en oublier. Dès lors, le drainage externe donne une grande sécurité. Il permet de faire des cholangiographies post-opératoires contrôlant la perméabilité du cholédoque, en indiquant, s'il y a lieu, la nécessité de nouvelles réinterventions. Si les voies biliaires sont libres, la manométrie et la cholangiographie en apportent la preuve tangible et le malade doit guérir complètement, dès la suppression du drainage.

De plus, le drain de Kehr permet le passage de la bile vers le duodénum; il évacue l'excès de bile sécrétée ou septique arrêtée par le sphincter d'Oddi spasmé. Il joue le rôle d'une valve de sécurité.

En raison de ces avantages, le drainage externe a souvent été préconisé. C'est ainsi que SANTY proposait le drainage transvésiculaire du cholédoque dans la thèse de PASQUIER (Lyon 1929), puis le drainage cholédocien transcystique dans la thèse de SOUBIRON (Lyon 1939), mais avec des indications très restreintes, pour poser enfin, avec MALLET-GUY, les indications respectives et précises du drainage de Kehr et de l'anastomose cholédoco-duodénale.

Les discussions passionnées à l'Académie de Chirurgie, de 1943 à 1946, ont opposé, sans résultat définitif, la plupart des auteurs parisiens, partisans de « l'hepaticus drainage » de Kehr, à SOUPAULT

et MALLET-GUY réservant de nombreuses indications au drainage interne. Il n'est cependant pas douteux que le drainage de Kehr est la seule éventualité possible si le cholédoque est friable, s'il est peu dilaté et si la bile est très infectée. Dans ce cas, il est impossible de faire une anastomose. De même, s'il existe une large déchirure du cholédoque, ou une perte de substance de ce conduit, le drainage de Kehr est irremplaçable et réalise un calibrage de la voie biliaire. Mais si ce drainage est bénin dans la lithiase non compliquée, chez des sujets jeunes, il est grave chez des malades âgés, présentant une angiocholite sévère, ou des tares hépatiques, rénales et cardiaques. Les malades ne peuvent compenser l'affaiblissement créé par l'intervention et la déperdition biliaire, ils saignent facilement, se cachectisent et, selon l'expression de VILLARD et DUCLOS, « donnent l'impression de mourir avec une fistule épuisante, dans un affaiblissement progressif, faute de pouvoir combler leur plaie et faire les frais de la réparation opératoire ».

b) *Anastomose cholédoco-duodénale dite « d'indication relative ».*

C'est SASSE qui a eu le mérite de la préconiser en 1913, limitant ainsi, sans les exclure complètement, les indications du drainage de Kehr qui s'imposait comme un dogme depuis 1897. SASSE prétend que le drainage interne évacue mieux la bile infectée, supprime la stase biliaire, permet l'élimination spontanée des calculs oubliés ou méconnus. A son point de vue, le drainage de Kehr est antiphysio-

logique, il est aussi responsable de déshydratation par déperdition biliaire, d'ulcération de la paroi cholédocienne entraînant le rétrécissement du conduit ou son infection secondaire. De plus, la guérison est longue, et des interventions itératives sont nécessaires s'il persiste un obstacle cholédocien. La cholédoco-duodénostomie fait gagner « du temps, de l'argent, des vies » « Zeit, Geld, Leben ».

Progressivement suivi dans cette voie, SASSE voit le nombre de ses partisans diminuer dès lors que HOSEMAN montre qu'après ces anastomoses il existe un reflux baryté (donc alimentaire possible) dans les voies biliaires, exposant à l'angiocholite ascendante.

Mais FLŒRKEN (Congrès de Chirurgie 1932), en recueillant 889 cholédoco-duodénostomies, puis FINSTERER (1932), avec une statistique personnelle de 72 cas et 9,2 % de mortalité, insistent à leur tour sur les avantages et les indications de cette méthode.

Ils sont suivis par de nombreux auteurs, MIRIZZI notamment, puis par MALLET-GUY qui écrit, en 1943, avec P. MARION, une belle monographie sur ce sujet. En s'appuyant sur des documents cliniques et expérimentaux, ces derniers montrent que l'anastomose fonctionne de façon différente selon que le cholédoque terminal est libre ou pas.

Si le cholédoque terminal est sténosé (calcul ou sténose), le reflux alimentaire ou baryté est massif surtout si le malade s'allonge après le repas, et l'infection biliaire est inévitable : il s'agit d'une cholédoco-duodénostomie d'indication absolue.

Si le cholédoque est libre, le reflux est minime,

et le duodénum entraîne une véritable aspiration dans les voies biliaires, surtout dans la période digestive, réalisant une véritable trompe à eau : il s'agit d'une cholédoco-duodénostomie d'indication relative.

Celle-ci exige un cholédoque très dilaté, à paroi épaissie et absolument libre par extirpation préalable de tous les calculs. La suture sera faite en trois plans à points séparés. Ainsi conçue, elle n'est pas une solution de facilité, elle ne simplifie pas l'intervention comme le drainage de Kehr, mais elle répond à des indications précises.

Enfin, mieux que le drain de Kehr, elle draine plus complètement et plus sûrement lorsqu'il s'agit d'angiocholites graves; les suites immédiates de ces malades âgés et très fragiles sont plus bénignes. C'est une opération de sauvetage, pour ces cas sévères, que le drain de Kehr soulage d'abord puis affaiblit et désarme devant le moindre incident post-opératoire. D'après MALLET-GUY, 20 à 30 % des malades peuvent bénéficier de la cholédoco-duodénostomie.

c) *L'opération idéale.*

C'est soit une cholédocotomie idéale, soit une duodénotomie idéale.

La cholédocotomie idéale consiste dans l'ouverture longitudinale du cholédoque sus-duodénal suivie de l'ablation de tous les calculs, d'une exploration complète du cholédoque avec double contrôle manométrique et radiologique de sa perméabilité, et terminée par la suture transversale du conduit biliaire, avec ou sans cholécystectomie. Elle a tou-

jours été le but visé, elle évite la déperdition biliaire avec toutes ses conséquences, elle est l'opération la plus physiologique, car elle rend immédiatement à la bile son cours normal.

Mallet-Guy en a fait l'historique dans une étude d'ensemble récente. Il rappelle que, proposée par Langenbuch en 1884, cette opération est appliquée par Kummel (1884), Riedel (1888) et par Terrier (1892) qui publie les premières observations françaises. Quenu, en 1897, rapporte 36 cas, mais avec 21 fistules biliaires précoces, ce qui renforce l'autorité de Kehr et du dogme de « l'hepaticus drainage ».

Puis, pratiquement délaissée, mises à part quelques timides tentatives, c'est Mirizzi qui, en 1942, la remet en honneur grâce à la sécurité que confère la radiographie peropératoire, suivi dans cette voie par Mallet-Guy qui a le mérite de faire connaître les enseignements de la manométrie enregistrée.

Dans la thèse de Sautot, puis dans un article paru dans le *Lyon Chirurgical*, il codifie les trois règles impérieuses de la cholédocotomie idéale, soit :

« 1° La liberté absolue de la voie biliaire principale, c'est-à-dire :

« L'absence de tout calcul oublié,
« L'absence d'hypertonie sphinctérienne,
« L'absence de pancréatite sténosante,
« L'absence d'hémorragie intracholédocienne importante ;

« 2° L'aseptie de la bile (l'infection étant toujours néfaste aux sutures) ;

« 3° Une paroi cholédocienne solide (suturable de façon étanche). »

C'est seulement quand toutes ces conditions sont remplies que l'on évite le lâchage des sutures et le cholépéritoine avec ses fâcheuses conséquences.

La duodénotomie idéale s'adresse aux calculs du cholédoque intrapancréatique ou terminal. Elle comporte la pratique d'une incision longitudinale du duodénum, le repérage et la dilatation du sphincter d'Oddi, l'évacuation des calculs, la vérification de la liberté absolue de l'arbre biliaire, puis elle est terminée par la suture transversale en deux plans du duodénum. Elle a les mêmes exigences que la cholédocotomie idéale, et pour quelle soit praticable, il faut, avec certitude, éliminer toute possibilité de calcul oublié, ou tout spasme du sphincter d'Oddi.

Donc, la plus grande rigueur doit présider aux épreuves de radio-manométrie per-opératoire. Son indication ne peut être posée qu'en cours d'intervention, après complète exploration. Dès lors, les résultats immédiats et tardifs sont parfaits; les malades peuvent se lever tôt, s'alimenter précocement, récupérer une physiologie biliaire normale.

C) Critique des moyens.

Au terme de cette étude, nous voyons que le *drainage externe* de la voie principale, dont le drainage de Kehr est le type, a marqué un grand progrès dans le traitement de la lithiase du cholédoque. Il apparut d'emblée comme un procédé de sécurité,

évitant la péritonite biliaire, drainant les voies biliaires infectées, permettant l'angiocholographie post-opératoire.

Il s'imposa longtemps comme un dogme, comportant de très larges indications. Mais ses inconvénients se précisèrent peu à peu, notamment dans les cas de calcul oublié ou de spasme papillaire prolongé, car alors la déperdition biliaire s'avère totale et souvent durable entraînant de graves troubles métaboliques. Il peut parfois infecter et sténoser les voies biliaires ou infecter la paroi. Enfin, il est difficile de savoir combien de temps il doit rester en place et quels sont les critères qui autorisent son ablation. On lui reproche couramment sa durée excessive, et si l'angiocholite est grave, le drainage est mauvais ou insuffisant, car il ne réalise qu'une fistule latérale, sans compter que, de son côté, le drain peut s'oblitérer ou se couder. Malgré tout, ses indications restent nombreuses quoique en régression, mais à condition de supprimer le tamponnement massif sous-hépatique préconisé par KEHR. Nous les envisagerons plus loin.

L'anastomose cholédoco-duodénale, dite « d'indication relative », suppose l'évacuation totale des calculs et la liberté absolue du cholédoque et du sphincter d'Oddi. Si le cholédoque est très dilaté, peu infecté, se prêtant bien aux sutures, c'est une opération bénigne qui fait rapidement tomber la température, évite l'infection pariétale et la cachexie surtout dans les cas graves ou chez les malades âgés. Elle doit avoir 1,5 cm. de diamètre et être exécutée en trois plans. Ses exigences et ses indications sont

donc très précises. Par contre, elle allonge l'intervention, ce qui n'est pas indifférent chez un malade fragile. Enfin, elle s'obstrue une fois sur deux (D'ALLAINES), en exposant au reflux alimentaire dans tout l'arbre biliaire.

Les opérations idéales doivent finir par réaliser le vœu de KIRSCHNER, rappelé par MALLET-GUY, et déclarant : « je tiens le drainage du cholédoque effectué après son incision comme un danger anti-physiologique traîné avec soi depuis des dizaines d'années, dont la chirurgie moderne doit se libérer ».

Il est indiscutable que cet objectif est très valable, et la radiomanométrie permet de poser les indications de l'opération idéale avec une grande précision. De plus, une meilleure connaissance clinique des formes dissimulées de lithiase cholédocienne, des interventions plus précoces sur des malades bien préparés, permettent d'espérer le recours de plus en plus fréquent à cette intervention. Mais il faut, même dans les très bons cas, que la brèche cholédocienne soit suturable sans risque de sténose ultérieure.

CHAPITRE II

LES INDICATIONS

A) Choix de la voie d'extraction des calculs.

C'est avant tout l'exploration opératoire qui guidera l'opérateur. Si l'accès au pédicule hépatique est aisé, si la périviscérite sous-hépatique est discrète, la découverte de l'hiatus de Winslow est facile, surtout si le malade est maigre.

Avec la main gauche, l'index en arrière et le pouce en avant, l'opérateur repère le cholédoque, et quelquefois les calculs. S'ils sont mobiles, véritables « souris biliaires », l'index les fixe dans le cholédoque sus-duodénal et l'extraction par voie cholédocienne ne présente aucune difficulté. Néanmoins, une dissection limitée mais suffisante doit éviter tous risques de blessure vasculaire.

La voie duodénale sera au contraire le seul recours possible si le calcul est enclavé dans la partie inférieure du cholédoque ou dans l'ampoule de Vater. Elle est plus délicate à exécuter, car il est difficile de bien centrer l'incision duodénale, et il est aussi difficile de repérer la papille. L'injection du sérum par le trocart cystique apporte souvent une aide précieuse; après quoi, la dilatation de la papille et, au besoin, la sphinctérotomie associée, permettent l'ablation du calcul.

La voie combinée sera nécessaire dès que l'ablation par voie sus-duodénale d'un gros calcul mobile, n'entraîne pas une liberté absolue de la voie biliaire et du sphincter d'Oddi. Dans ce cas, un petit calcul ou de la boue biliaire peuvent réaliser un obstacle relatif, repéré par les épreuves manométriques et radiologiques. Il est alors nécessaire d'obtenir une liberté absolue par une voie d'accès transduodénale.

B) Choix d'une technique après extraction des calculs.

Nous avons déjà fixé les conditions d'exécution de ces interventions, ce qui nous permettra d'être bref et schématique dans ce chapitre des indications.

Les « opérations idéales » deviennent l'objectif majeur de la chirurgie biliaire, mais le chirurgien qui les pratique ne doit prendre aucun risque, ni laisser planer aucune incertitude sur l'état réel de tout l'arbre biliaire. Elles seront indiquées toutes les fois que l'on est en présence d'un malade jeune et en bon état :

1° Si les courbes manométriques sont normales, avec une pression de 12 cm. d'eau environ, dans la voie principale;

2° Si l'image radiographique est nette, libre, sans image de calcul ou de spasme, avec une évacuation facile vers le duodénum;

3° Si la bile est peu infectée et le cholédoque légèrement dilaté et facile à suturer solidement.

L'anastomose cholédoco-duodénale a vu ses indications précisées par MALLET-GUY. Elle ne sera légitime que si le bilan opératoire du malade montre un « cholédoque très dilaté, épaissi et libre dans sa portion inférieure ». Formellement contre-indiquée si le cholédoque est peu dilaté, elle ne doit pas être systématique, et elle ne doit pas non plus être une solution de facilité laissant en place des calculs difficiles à enlever. Il faut bien préciser qu'elle ne dispense pas du geste essentiel qui consiste à enlever le calcul.

Elle est indiquée dès qu'il y a un doute sur la perméabilité complète du cholédoque. C'est le cas des rétrécissements partiels du cholédoque terminal par œdème, oddite ou pancréatite chronique. C'est le cas, soit des malades ayant un ictère ancien, avec très mauvais état général et à qui il faut épargner une déperdition de bile, soit des malades âgés, déjà opérés et traités par drain de Kehr, et présentant une récidive de leur lithiase (mais non un calcul oublié). La formation de boue biliaire après l'intervention rend la récidive inévitable, et seule une anastomose peut l'évacuer dès sa formation. L'indication pour petits calculs multiples ou calculs brisés est plus discutable, puisque nous devons toujours tendre vers une libération complète de la voie biliaire avec une technique parfaite.

Le drainage de la voie principale voit de ce fait ses indications se restreindre, mais il en conserve qui sont formelles. Si le malade présente une bile très infectée, ou une angiocholite suppurée grave, aucune suture n'éviterait un lâchage secondaire à

l'origine d'un cholépéritoine mortel. Le drainage de Kehr est la seule attitude légitime dans ces cas. Il en est de même, si le malade présente un cholédoque de petit calibre qui ne peut être suturé sans risque de sténose : le calibrage sera très simplement obtenu sur drain en T, l'expérience montrant que, dans ces cas, les résultats du drainage de Kehr sont très bons. Enfin, si le cholédoque a été largement déchiré au cours de l'extraction d'un très gros calcul, si aucune restauration n'est réalisable en toute sécurité, le drain de Kehr guidera la cicatrisation et la réparation de la voie biliaire en limitant les risques de rétrécissement cicatriciel.

Dans les modalités de drainage de la voie principale, nous écartons délibérément le drainage transvatérien à tube perdu, comme il avait été préconisé par P. Duval. Son action n'est pas contrôlable, et surtout son évacuation est trop incertaine pour qu'il puisse conserver des partisans. Au contraire, le drainage en T, type Champeau, dont la branche supérieure est courte et qu'il est possible de réduire en gouttière, et dont la branche inférieure franchit la papille pour aboutir dans le duodénum, peut rendre de réels services. Il peut éviter, dans les cas sévères d'angiocholite suppurée, et où seul le drainage externe est possible, à l'exclusion de toute suture, une trop grande déperdition biliaire par spasme oddien, par cholédocite ou par pancréatite chronique subissant une poussée en cette occasion.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS ET RÉSULTATS

Observation n° 1.

Mme F..., 46 ans.

Ictère fébrile. - Cholécystectomie pour lithiase vésiculaire.

Manométrie de la v. p. : P. R. 32-40.

Radiographie : image de calcul du cholédoque terminal, extrait par l'orifice cystique.

Drainage transcystique. - Guérison.

Cette malade présente des antécédents de coliques hépatiques, un ictère qui dure depuis 40 jours et une température élevée.

L'intervention montre une grosse vésicule présentant une énorme bourse de Hartmann qui contient des calculs et adhère à la voie principale : cholécystectomie.

Un trocart dans le moignon cystique permet d'explorer la voie principale et de constater une augmentation du calibre de celle-ci.

La manométrie montre des courbes d'obstacle relatif : la pression résiduelle est à 32-40.

La radiographie montre les voies biliaires bien injectées et peu dilatées. Il y a un bon passage duodénal. Il y a, en outre, une image lacunaire siégeant sur le bord droit du cholédoque qui paraît marginale. Cette image est mal interprétée, car il s'agit, en réalité, d'un calcul que l'on perçoit en enlevant le trocart et ainsi on enlève ce calcul par l'orifice du cystique.

On met en place un drain trans-cystique dans le cholédoque (sonde de Nélaton n° 14) en raison de l'état d'infection latente des voies biliaires. Bonnes suites opératoires.

Observation n° 2.

M. C..., 76 ans.

Cholécystectomie pour lithiase vésiculaire.

Manométrie : P. R. supérieure à 20.

Radiographie : image en cupule renversée.

Duodénotomie idéale pour extraction du calcul.

Drainage transcystique.

Il s'agit d'un ictère douloureux et fébrile. Après cholécystectomie pour lithiase vésiculaire, le contrôle de la voie principale montre :

Manométrie : Descente lente vers une pression résiduelle légèrement supérieure à 20.

Radiographie : Gros cholédoque, image en cupule renversée.

Sur le diagnostic de calcul vatérien enclavé, on pratique une duodénotomie qui permet d'extraire le calcul après une petite incision de la lèvre supérieure de la papille.

En raison de l'aspect trouble de la bile, on termine par un drainage trans-cystique de la voie principale.

Observation n° 3.

Mme Ma..., 50 ans.

Coliques hépatiques et subictère en juillet 1948.

Ictère complet fébrile en novembre 1949.

A l'intervention : fistule cholécysto-cholédocienne.

Cholécystectomie. - Drainage de Kehr. - Décédée le septième jour.

Après l'apparition de coliques néphrétiques, il y a 25 ans, surviennent des coliques hépatiques avec subictère en juillet 48; elle est amputée aussi du sein droit cette même année. En novembre 49 survient un ictère progres- fébrile, complet et total.

L'examen montre un gros foie, une vésicule non perceptible.

Après une amélioration de l'état général, le foie diminue de volume et les urines deviennent plus claires.

Le tubage duodénal donne une bile B d'aspect anormal.

A l'intervention, on constate une vésicule lithiasique fistulisée dans le cholédoque. Après avoir pratiqué une cholécystectomie, on met un drain en T dans la voie principale et un drain sous-hépatique.

Les suites opératoires sont très bonnes au début, mais au septième jour une fistule apparaît avec des hémorragies locales et un collapsus cardiaque. Décédée.

Observation n° 4.

M. Ca..., 41 ans.

Gastro-entérostomie en juillet 1951, suivie de deux ictères.

Cholécystostomie. - Fistule biliaire totale pendant trois mois.

Cholécystectomie. - Cholédocotomie élargie pour l'extraction de très gros calculs.

Drainage de Kehr. - Réintervention pour calculs persistants.

Nouveau drainage de Kehr.

Ce malade a eu, à l'âge de 30 ans, des coliques hépatiques typiques.

Le 6 juillet 51 il subi une gastro-entérostomie pour ulcère de l'estomac mais il persiste des douleurs épigastriques post-prandiales durant 2-3 heures, suivies d'un ictère qui dure 4-5 jours. De nouvelles coliques hépatiques sont encore suivies d'ictère.

Après avoir subi une cholécystostomie, il présente une fistule biliaire qui persiste depuis trois mois.

L'intervention pratiquée le 17 décembre 1951 découvre une vésicule à parois épaissies avec péricholécystite et deux canaux biliaires accessoires parallèles à la vésicule. On découvre aussi un gros cholédoque rétro-pancréatique.

On pratique :

Une cholécystectomie.

Une cholédocotomie qui évacue un gros calcul olivaire logé dans le canal hépatique gauche.

L'exploration du canal hépatique gauche par l'hiatus de Winslow permet de sentir de très gros calculs qui sont ramenés par morcellement et agrandissement de la cholé-

docotomie. On pratique, en terminant, une révision des voies biliaires, puis un drain de Kehr est placé dans le cholédoque.

Dans les suites opératoires il persiste un léger état fébrile.

Le 4 janvier 52, une exploration radiologique des voies biliaires (qui fatigue beaucoup le malade) montre qu'il persiste des calculs dans le canal hépatique gauche et dans le cholédoque.

Une nouvelle intervention est pratiquée le 28 janvier 1952. On pratique une nouvelle cholédocotomie guidée par le drain de Kehr. Elle permet de retirer de nombreux calculs friables, volumineux qui obstruaient le cholédoque et le canal hépatique gauche. Après lavage des voies biliaires au sérum physiologique, on remet en place un drain de Kehr.

Les suites opératoires sont très satisfaisantes, mais une nouvelle cholangiographie semble déceler l'existence de fragments de calculs oubliés.

Observation n° 5.

Mme R..., 40 ans.

Ictère après nombreuses crises de coliques hépatiques.

Manométrie : P. R. 40.

Extraction de trois calculs par cholédocotomie et de quatre calculs par duodénotomie idéale. - Drain de Kehr. - Guérison.

Depuis 5-6 ans surviennent de nombreuses crises de coliques hépatiques. Les douleurs sont subintrantes puis apparaît un ictère.

La radiographie montre une grosse lithiase vésiculaire. La manométrie donne une pression résiduelle à 40.

À l'intervention, la radiographie permet de compter 7 calculs dans la voie biliaire principale.

On pratique :

Une cholécystectomie.

Une cholédocotomie avec extraction de trois calculs.

Une duodénotomie avec extraction de quatre calculs.

En fin d'intervention on met un drain de Kehr dans le cholédoque.

La radiographie post-opératoire montre la voie biliaire libre.

Les suites opératoires sont très bonnes.

Nous avons pratiqué cinq fois le drainage externe du cholédoque : deux fois par drain transcystique pour des malades présentant une bile infectée, un canal cystique et un cholédoque légèrement dilatés (Obs. 1 et 2) ; dans trois cas (Obs. 3, 4, 5), nous avons utilisé le drain de Kehr, une fois sans succès pour fistule cholécysto-cholédocienne, une autre fois pour une panlithiase avec des calculs multiples de très gros calibre dans le canal hépatique gauche et le cholédoque qui étaient très gravement altérés ; une dernière fois après une cholécystectomie impossible à suturer correctement sans risque de sténose.

L'indication du drainage externe nous a donc été imposée par l'infection de la bile, ou le mauvais état de la paroi cholédocienne. Si l'on excepte l'observation n° 3, les malades ont retiré un grand bénéfice du drainage, et nous n'avons jamais observé un reflux alimentaire par hypotonie du sphincter d'Oddi. Les délais de guérison ont cependant été importants.

Observation n° 6.

Mme G..., 60 ans.

Coliques hépatiques avec subictère et fièvre depuis 1948.

Lithiase vésiculaire avec calcul du cholédoque.

Extraction par voie combinée cholédocienne et duodénale. - Risque de persistance de débris de calculs. - Anastomose cholédoco-duodénale.

En septembre 48 apparition de coliques hépatiques pendant quelques jours avec température à 38°5 et un subictère léger.

Puis les crises se rapprochent, se reproduisent tous les deux jours avec une température à 39° et un subictère net.

L'examen, à l'entrée, montre : un subictère, de l'amaigrissement, un gros foie. La vésicule biliaire est augmentée de volume, palpable mais indolore.

La radiographie simple montre des images de calculs. Le tubage duodénal donne de la bile B.

A l'intervention, on constate que la vésicule est petite, scléro-atrophique et qu'il existe un calcul du cholédoque sus-duodénal.

La manométrie est normale. La radiographie montre l'image d'un calcul, avec passage dans le duodénum et léger reflux dans le Wirsung.

L'extraction du calcul se fait par voie combinée, cholédocienne et duodénale. La bile est épaisse, boueuse, renferme de très nombreux microcalculs, qui incitent à pratiquer une cholédoco-duodénostomie.

Les suites opératoires sont bonnes. La radiographie post-opératoire montre une magnifique imprégnation barytée des voies biliaires.

Observation n° 7.

M. Ma..., 37 ans.

Crises de coliques hépatiques répétées, suivies d'ictère.

Cholécystectomie : il persiste une fistule biliaire.

Nouvel ictère dès la fermeture de la fistule.

Cholédocotomie. - Évacuation imparfaite de nombreux calculs et de boue biliaire. - Cholédoco-duodénostomie. - Guérison.

Accuse les premières crises de coliques hépatiques, suivies d'un ictère en septembre 48, puis deux crises semblables avec ictère en 49.

Mais en septembre 49 l'ictère persiste, on fait une cholécystectomie. A la suite de cette intervention, une fistule persiste pendant cinq mois.

En février 50 la fistule se ferme mais l'ictère apparaît. A l'intervention, après cholédocotomie, on évacue de nombreux calculs biliaires englobés dans une boue biliaire très épaisse et très abondante : on pratique une anastomose cholédoco-duodénale. Les suites opératoires sont très simples.

Observation n° 8.

M. C..., 40 ans.

Cholécystectomie suivie de fistule biliaire prolongée, puis d'un ictère. - Cholédocotomie pour extraction d'un gros calcul qui s'écrase. - Cholédoco-duodénostomie, en raison de la persistance possible de débris du calcul. - Guérison.

Après avoir subi en 1948 une cholécystectomie, il persiste une fistule biliaire post-opératoire dont la fermeture coïncide avec l'apparition d'un ictère.

A l'intervention, on constate un gros calcul du cholédoque, l'absence de passage dans le duodénum, et un arrêt au niveau du segment pancréatique. A la suite d'une cholédocotomie, on extrait un gros calcul friable qui se brise. Après ablation approximative des débris, on pratique une cholédoco-duodénostomie.

Les suites opératoires sont très bonnes.

Observation n° 9.

M. Si..., 50 ans.

Lithiase vésiculaire avec crises douloureuses subintrantes.

Ictère. - Cholécystectomie.

Manométrie : courbes de blocage.

Radiographie : gros cholédoque.

Cholédocotomie libérant cinquante calculs. - Cholédoco-duodénostomie.

Crises de coliques hépatiques à répétition et lithiase vésiculaire. Ictère datant de quelques semaines.

Cholécystectomie : la vésicule contient plus de 500 petits calculs.

Contrôle de la voie principale. Manométrie : courbes de blocage. La radiographie montre un gros cholédoque, pas de passage dans le duodénum.

La cholédocotomie permet d'extraire, dans une bile épaisse, une cinquantaine de petits calculs. Mais d'autres micro-calculs risquent d'être méconnus, et l'on pratique une cholédoco-duodénostomie.

Nous avons donc posé l'indication de l'anastomose cholédoco-duodénale trois fois (Obs. 6, 7, 9), en raison de l'existence de bile infectée ou très modifiée,

d'aspect boueux avec de nombreux microcalculs et une fois (Obs. 8), en raison de l'écrasement d'un calcul friable. Nous n'avons constaté aucune complication post-opératoire, malgré l'existence de reflux baryté contrôlé dans deux cas.

Observation n° 10.

M. M..., 59 ans.

Ictère franc et fébrile. - Vésicule scléro-atrophique. Cholécystectomie. - Extraction d'un gros calcul du cholédoque par cholédocotomie idéale. Guérison.

En janvier 1951 apparition de douleurs épigastriques récidivantes à début brutal avec frissons, vomissements, ictère branc et progressif. L'amaigrissement est rapide et le foie est dur.

La radiographie montre une vésicule exclue. A l'intervention, on trouve une vésicule scléro-atrophique avec péricholécystite, un gros cholédoque avec un calcul mobile de la grosseur d'une noisette. Après cholécystectomie, on fait l'extraction du calcul par cholédocotomie idéale. La radiographie per-opératoire montre un bon passage dans le duodénum. Les suites opératoires ne sont marquées par aucun incident.

Observation n° 11.

M^me C..., 45 ans.

Crises de coliques vésiculaires répétées depuis 1940.

Ictère intense en 1949.

Cholécystectomie pour lithiase vésiculaire.

Cholédocotomie idéale pour calcul du cholédoque.

Pas d'incidents.

Présente depuis 1940 des crises douloureuses lombaires avec des urines foncées sans ictère et sans température.

En 1949 la même crise se répète et dure 17 jours.

En décembre 49 on note des coliques hépatiques successives, un état subfébrile, et un ictère intense.

La cholangiographie décèle des calculs.

L'intervention confirme la lithiase vésiculaire, mais on trouve un calcul enclavé dans le canal cystique et un autre dans le cholédoque. On pratique une cholécystectomie et une cholédocotomie idéale.

Suites opératoires parfaites.

Observation n° 12.

M^me G..., 46 ans.

Crises de coliques vésiculaires depuis dix ans.

Cholécystectomie pour lithiase vésiculaire.

Extraction de nombreux petits calculs par cholédocotomie idéale.

Guérison, mais pancréatite chronique probable.

Antécédents biliaires datant depuis dix ans.

A l'examen on constate des douleurs épigastriques, des vomissements, un subictère, des urines foncées, et une vésicule augmentée de volume et douloureuse.

La radiographie montre des calculs vésiculaires. A l'intervention, on pratique une cholécystectomie, puis une cholédocotomie idéale par où l'on extrait de petits calculs. Suites opératoires : très bonnes, mais parfois il existe des douleurs à gauche avec irradiation scapulaire du même côté. Probabilité de pancréatite chronique.

Observation n° 13.

M^me^ L..., 55 ans.

Douleurs après cholécystectomie.

Manométrie : P. R. à 20.

Radiographie : gros cholédoque, duodénum non injecté.

Extraction d'un calcul par cholédocotomie et duodénotomie idéales associées.

Récidives douloureuses après cholécystectomie.

Découverte de la voie principale et mise en place d'un trocart pour contrôle radio-manométrique.

Manométrie : Blocage relatif, après une descente lente, la pression s'équilibre au-dessus de 20.

Radiographie : Gros cholédoque dont le segment terminal n'est pas injecté, pas de passage dans le duodénum.

Duodénotomie : Le cathétérisme rétrograde du cholédoque est facile et ne fournit aucune sensation anormale; mais il refoule vers le haut un petit calcul qui est enlevé par cholédocotomie sus-duodénale idéale.

Observation n° 14.

M. Sk..., 46 ans.

Douleurs après cholécystectomie.
Manométrie : P. R. 24.
Radiographie : cholédoque déformé.
Duodénotomie idéale qui retire un microcalcul.
Suites parfaites.

Récidives douloureuses après cholécystectomie.

Manométrie de la voie principale : Descente lente à une pression résiduelle à 24.

La radiographie montre un cholédoque de calibre normal mais une image « en radis ».

Sur le diagnostic probable de « maladie du sphincter d'Oddi » on pratique une duodénotomie. La dilatation de la papille fait sourdre un petit calcul cholédocien. Suture du duodénum. Guérison.

Observation n° 15.

M^me^ R..., 51 ans.

Crises de coliques hépatiques répétées, avec fièvre et subictère. - Vésicule bourrée de calculs : cholécystectomie.
Canal cystique et cholédoque dilatés, pancréatite chronique.
Manométrie : P. R. 28.
Radiographie : image de calcul extrait par duodénotomie idéale.
Guérison.

On relève dans les antécédents de nombreuses crises de coliques hépatiques avec subictère, vomissements alimentaires et bilieux, et un état fébrile à 38°.

La radiographie montre une vésicule lithiasique, entièrement remplie de calculs et s'imprégnant très facilement.

A l'intervention, après incision transversale droite, on enlève une petite vésicule scléro-atrophique contenant des calculs. On trouve le cystique dilaté et le cholédoque lui-même est gros. La palpation révèle la présence de nombreux noyaux de pancréatite chronique.

La pression résiduelle par voie tran-cystique est de 28-36.

La radiographie montre un cholédoque sans passage dans le duodénum et, sur deux des clichés, il y a une petite image en cupule de la région sus-vatérienne. Après duodénotomie et dilatation de la papille on injecte du sérum sous pression dans le cystique qui expulse, à travers la papille, un petit calcul cholédocien. On pratique ensuite la fermeture de la duodénotomie en deux plans avec épiplooplastie.

Les clichés de contrôle montrent un cholédoque bien perméable. Un drain sous-hépatique est mis en place.

Les suites opératoires sont bonnes.

Observation n° 16.

M^me^ C..., 37 ans.

Intervention pour ictère fébrile et douloureux.
Cholédoque dilaté, mauvaise évacuation dans le duodénum.
Duodénotomie : ablation d'un microcalcul cholédocien.
Biopsie pancréatique. - Suites parfaites.

Ictère et crises de coliques hépatiques. A l'intervention, grosse vésicule très tendue, dont la palpation ne révèle pas de calcul; d'autre part, induration très suspecte de la tête du pancréas au voisinage du cholédoque.

Contrôle de la voie principale par radiographie après ponction de la vésicule : Voie principale dilatée, cholédoque terminé « en radis », très faible passage dans le duodénum.

Duodénotomie doublement indiquée; d'une part, en raison de l'aspect du cholédoque, d'autre part pour essayer de préciser la nature de l'induration pancréatique.

1. Ablation d'un petit calcul qui sort spontanément après dilatation de la papille.

2. L'induration ne s'accompagne pas d'ulcération dans le duodénum. Une biopsie pancréatique montrera, par la suite, qu'il s'agit seulement d'une pancréatite chronique. Fermeture en deux plans de la duodénotomie. Guérison.

Observation n° 17.

Mme F..., 46 ans.

Ictère sur vieille lithiase vésiculaire.
Manométrie de la v. p. : P. R. 30.
Radiographie : image d'arrêt en cupule; microcalcul cholédocien extrait par duodénotomie idéale.
Décès au bout d'un mois.

Accuse un passé vésiculaire ancien.

A l'examen, elle présente des douleurs épigastriques, de l'amaigrissement et un ictère.

La radiographie montre une lithiase vésiculaire. A l'intervention, on constate une grosse lithiase vésiculaire.

Manométrie : pression résiduelle à 30.

Radiographie : cholédoque légèrement dilaté, avec arrêt en cupule au niveau du cholédoque terminal.

On pratique une cholécystectomie puis une duodénotomie idéale qui permet l'extraction d'un petit calcul.

Suites opératoires : Au début simples, puis l'état général s'aggrave. Décès au bout de un mois.

Observation n° 18.

M^me^ Si..., 35 ans.

Lithiase vésiculaire avec 400-500 calculs.

Manométrie de la v. p. : P. R. 30.

Radiographie : gros cholédoque.

Duodénotomie idéale enlevant un microcalcul enclavé.

Guérison.

Cette malade présente un syndrome douloureux biliaire datant de trois ans et souffre dans l'hypochondre droit.

La radiographie montre une vésicule bien imprégnée, mais avec des calculs probables.

A l'intervention, on décèle une grosse vésicule contenant de nombreux calculs (400-500).

Manométrie : La pression résiduelle est à 30.

La radiographie révèle un énorme cholédoque, un arrêt au niveau du segment inférieur, mais pas d'image de calcul. On pratique une cholécystectomie. Par duodénotomie idéale on extrait un petit calcul enclavé. Les suites opératoires sont très bonnes.

Il apparaît donc que nous avons pratiqué une opération idéale dans neuf cas sur les dix-huit rapportés, c'est-à-dire :

3 cholédocotomies (Obs. 10, 11, 12).

1 cholédocotomie associée à une duodénotomie (Obs. 13).

5 duodénotomies (Obs. 14, 15, 16, 17, 18).

C'est que, à l'heure actuelle, les renseignements fournis par les épreuves radio-manométriques nous ont permis de dépister les formes dissimulées de microlithiase, puis de traiter en toute sécurité, par la suture idéale, l'incision cholédocienne ou duodénale.

Si l'on excepte l'observation n° 17, dont le décès au bout d'un mois reste imprécis, tous nos malades ont guéri avec le maximum de rapidité, sans que jamais nous ayons eu à regretter la pratique de cette intervention.

CONCLUSION

1° Le traitement chirurgical actuel de la lithiase du cholédoque donne encore lieu à des discussions sur la question de savoir quelle conduite il faut adopter après l'ablation des calculs;

2° Les diverses possibilités : « hepaticus drainage » de Kehr, cholédoco-duodénostomie et cholédocotomie idéale, ont chacune leurs indications. Aucune ne doit être systématiquement utilisée à l'exclusion des autres;

3° Si l'on peut prévoir que dans l'avenir les indications de la cholédocotomie idéale deviendront de plus en plus fréquentes, l' « hepaticus drainage et l'anastomose bilio-digestive resteront de précieuses ressources dans certaines éventualités bien précises.

Le Président de Thèse,

P[r] M. GRIMOUD.

Vu : *Le Doyen,*

LEFEBVRE.

Vu et Permis d'imprimer :

Toulouse, le 9 juin 1952.

Pour le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,

Le Doyen délégué,

CAPDECOMME.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mallet-Guy. — Place de la cholédoco-duodénostomie dans le traitement de la lithiase du cholédoque. *Acad. Chir.*, 16-6-43.

2. D'Allaines, Patel et Seyer. — Lithiase et mode de drainage de la v. p. *Acad. Chir.*, 8-11-44.

3. Sénèque et Roux. — Sur le traitement de la lithiase. *Acad. Chir.*, 2-5-45.

4. Brocq et Poilleux. — Sur le traitement de la lithiase de la v. p. *Acad. Chir.*, 16-5-45.

5. Desplas. — A propos du traitement de la lithiase du cholédoque. *Acad. Chir.*, 30-5-45.

6. Quénu. — Lithiase et mode de drainage de la v. p. *Acad. Chir.*, 7-11-46.

7. Gosset (J.). — Discussion sur le traitement de la lithiase cholédocienne. *Acad. Chir.*, 7-11-46.

8. Moulonguet. — Sur la lithiase cholédocienne. *Acad. Chir.*, 28-11-46.

9. Delannoy. — Lithiase et mode de drainage de la v. p. *Acad. Chir.*, 13-2-46.

10. Mallet-Guy. — Lithiase et mode de drainage de la v. p. *Acad. Chir.*, 27-3-46.

11. Mallet-Guy et Marion (P.). — Lithiase et mode de drainage de la voie biliaire principale. *Acad. Chir.*, 13-6-45.

12. Sautet. — Considérations sur le traitement de la lithiase du cholédoque. *Thèse de Lyon*, 1947.

13. Sénèque, Roux et Nicol. — A propos de 50 observations de lithiase de la v. p. *Journal de Chirurgie*, 1951, t. 67, n^{os} 6-7, p. 469.

14. Mallet-Guy. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la lithiase du cholédoque. *Lyon Chirurgical*, janvier 1951.

15. Mallet-Guy et Marion (P.). — La cholédoco-duodénostomie d'indication relative. G. Doin et C^{ie} éditeurs, 1943.

16. Gaussen. — Traitement chirurgical du calcul du cholédoque. *Thèse de Bordeaux*, 1948.

17. Juillard. — La cholédoco-duodénostomie. *Thèse de Bordeaux*, 1933.

18. Ducuing, Grimoud, Lapeyrère. — Les indications de de la duodénotomie en chirurgie biliaire. (Société de gastro-entérologie du Sud-Ouest. Séance du 24-25 novembre 1951.)

19. Grimoud, Lapeyrère, Bruguier. — Les enseignements de deux années de chirurgie biliaire sous contrôle radio-manométrique. *Sud-Ouest Médical et Chirurgical*, 30 octobre 1950.

20. Grimoud. — Trois observations de cholédoco-duodénostomie après cholédocotomie pour lithiase de la v. p. Société de Chirurgie de Lyon. Séance du 9 février 1950. (Rapport du Professeur Mallet-Guy.)

21. Ducuing, Grimoud. — Sur le diagnostic et le traitement de la lithiase de la v. p. (à propos de 7 observations). Société de Chirurgie de Toulouse. Séance du 29 mars 1950.

Imp. du Sud-Ouest, 6, rue Sainte-Ursule - Toulouse.